



Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta?

Hassan, Hamdi Abdi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai
estävät hoidonohjausta?

Hamdi Abdi Hassan
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2013

Tekijä(t): Hamdi Abdi Hassan

Opinnäytetyön nimi: Raskausdiabeteksen hoidonohjaus: Mitkä tekijät edistävät tai estävät hoidonohjausta?

Vuosi 2013

Sivumäärä 36

Raskausdiabetes on ensimmäisen kerran ilmenevä sokeriaineenvaihdunnan muutos, jonka on todettu lisääntyvän raskaana olevilla naisilla. Raskauden aikana raskaushormonien erittymisen ansiosta haiman erittämän insuliinin tuotanto heikkenee, jolloin veren sokeripitoisuus nousee. Raskausdiabetes altistaa tyypin 2 diabetekselle myöhemmin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa, mitkä tekijät edistävät tai estävät hoidonohjausta. Aihetta lähestyttiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen systemaattisesti valittujen aineistojen pohjalta.

Aineiston keruussa käytettiin Melinda, Medic sekä Pubmed - tietokantoja ja haut tehtiin syksyllä 2012 kirjastovirkailijan avustuksella. Opinnäytetyöhön on valittu yhteensä viisi tutkimusta, joista kolme tutkimusta liittyvät raskausdiabeteksen hoidonohjaukseen ja kaksi tutkimusta ovat tehty ainoastaan hoidonohjauksen näkökulmasta. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että raskausdiabeteksen hoidonohjausta edistävät laadukas ohjaus, sosiaalinen tuki sekä hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen. Laadukas ohjaus on voimavarojen vahvistamista, ajan käytön suunnittelua, kokonaisvaltaista ohjausta sekä kommunikointia. Sosiaalinen tuki sisältää perheen, yhteisön sekä hoitohenkilöstön tukea sekä kannustusta. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen sisältää tukimenetelmien hallinnan sekä ammatillisen osaamisen, joka on tärkeässä asemassa raskausdiabetesäitien hoidonohjauksessa. Raskausdiabeteksen hoidonohjausta estäväksi tekijäksi muodostui hoitohenkilöstön tuen puute. Terveystieteiden ammattihenkilöt ovat tärkeässä asemassa raskausdiabeteksen hoidonohjauksen onnistumisen kannalta ja sen takia onkin tärkeää, että raskausdiabetesäiti saa tarvittavan tuen ohjauksessa. Tuen puute hoidonohjauksessa muodostui henkisen sekä tiedollisen tuen puutteesta. Kyseisten tuen osa-alueiden puutteellinen toteutuminen heikentää raskausdiabeteksen hoidonohjausta.

Elintapaneuvonnan avulla voidaan vaikuttaa sairauteen ja sen ansiosta pystytään estämään tyypin 2 diabeteksen kehittymistä myöhäisemmässä vaiheessa. Elintapaneuvonta sisältää ensisijaisesti terveellisen ruokavalion omaksumisen, fyysisestä aktiivisuudesta huolehtimisen sekä verensokerin omaseurannan. Insuliinihoitoon turvaudutaan vasta sen jälkeen, kun todetaan, että terveelliset elämäntavat eivät riitä hallitsemaan verensokeriarvoja.

Jatkossa olisi hyvä tehdä lisää tutkimuksia raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta, koska raskausdiabeteksen on todettu kasvavan väestössä. Terveystieteiden ammattihenkilöt voivat vaikuttaa aktiivisella elintapaneuvonnalla tyypin 2 diabeteksen puhkeamista raskausdiabetesäideillä tulevaisuudessa. Terveellisestä elintapaneuvonnasta hyötyy koko perhe.

Asiasanat: Raskausdiabetes, hoidonohjaus, kirjallisuuskatsaus, elintapaneuvonta, terveyden edistäminen

Name(s): Hamdi Abdi Hassan

Title of the Thesis: Management of gestational diabetes: Factors promoting or preventing patient education.

Year 2013

Pages

36

The occurrence of gestational diabetes is a change in the glucose metabolism that occurs for the first time in pregnancy. It has been found that gestational diabetes increases among pregnant women. During pregnancy, the secretion of pregnancy hormones results in insulin production decreased, which results in a rise in blood sugar levels. With gestational diabetes there is a risk of developing type 2 diabetes later in life. The aim of this thesis was to find out about the management of gestational diabetes and more specifically the factors that promote or prevent patient education. The subject was approached through literature review. The aim was to answer the research question with the help of the selected data.

The data was collected using databases such as Melinda, Medic and PubMed. The searches were carried out in autumn 2012 with the assistance of a librarian. With the help of systematic searches, a total number of 5 studies were selected, two of which were made only from the patient education perspective and three studies were made from the perspective of patient education in gestational diabetes. The analysis method used was inductive content analysis.

The findings showed that the factors that promote patient education in gestational diabetes are high quality in patient education, social support and the competence of health care professionals. Quality in patient education consists of strengthening the patient's resources, time planning, holistic approach in the counseling and the communication between the patient and health care professionals. Social support includes the support from the family, the community and the health care professionals. The competence of the health care professionals consists of the management of support methods and professional competence, which plays an important role in the patient education of women with gestational diabetes. The factor that prevents patient education is the lack of support from the health care professionals. The health care professionals have an important role in the management of gestational diabetes and, for this reason it is crucial that women with gestational diabetes are provided with the guidance and the support they need in the counseling situation. The support of health care professionals consists of emotional support and cognitive support. The lack of implementation of these support elements lowers the level of patient education.

Lifestyle counseling can have an impact on gestational diabetes as well as prevent developing type 2 diabetes later in life. Lifestyle counseling includes health diet, physical activity and self-monitoring of blood sugar levels. Insulin treatment is used only if healthier lifestyle changes alone are not sufficient to control the blood sugar levels.

In the future, further studies of patient education in gestational diabetes are needed, because gestational diabetes is increasing among the population. Intensive lifestyle counseling can diminish the chances of developing type 2 diabetes provided by health care professionals. Healthy lifestyle counseling will benefit the whole family.

Keywords: Gestational diabetes, patient education, literature review, lifestyle counseling, health promotion

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	8
3	Raskausdiabetes	9
3.1	Raskausdiabeteksen puhkeaminen	9
3.2	Taudin toteaminen	10
3.3	Raskausdiabeteksen hoito	11
3.3.1	Ruokavalio	11
3.3.2	Liikunta	11
3.3.3	Lääkehoito	12
4	Hoidonohjaus	12
4.1	Hoidonohjaukseen vaikuttavat taustatekijät	13
5	Terveysten edistäminen ja sen toimintamuodot	14
5.1	Neuvolatoiminta	15
6	Toteutus	15
6.1	Kirjallisuuskatsaus	15
6.2	Tietokannat ja hakusanat	16
6.3	Sisäänotto ja poissulkukriteerit	19
6.4	Aineiston valinta	19
6.5	Aineiston analyysi	19
6.6	Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet	20
7	Tulokset	22
7.1	Laadukas ohjaus	22
7.1.1	Voimavarojen vahvistaminen	22
7.1.2	Suunnitelmallinen ajankäyttö	23
7.1.3	Kokonaisvaltainen ohjaus	23
7.1.4	Kommunikointi	23
7.2	Sosiaalinen tuki	24
7.2.1	Perheen ja ystävien tuki	24
7.2.2	Yhteisön kannustus	24
7.2.3	Potilaan hoitoon osallistuvien työryhmien tuki	24
7.3	Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen	25
7.3.1	Tukimenetelmien hallinta	25
7.3.2	Hoitohenkilöstön ammattitaito	25
7.4	Hoitohenkilöstön tuen puute	25
7.4.1	Hoitajan puutteellinen henkinen tuki	25
7.4.2	Hoitajan puutteellinen tiedollinen tuki	26
7.5	Tulosten yhteenvedo	26

8	Pohdinta	27
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	27
8.2	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	28
	Liitteet	34
	Liite 1 Aineistotaulukko	34

1 Johdanto

Gestaatiodiabetes on yleistynyt Suomessa. Tautiin sairastuu yhä useampi odottava äiti. (Diabetesliitto 2012, 5.) Suomessa taudin yleistyminen on kovassa kasvussa. Tilastojen mukaan, joka vuosi tuhannet raskaana olevat äidit kokevat sokeriaineenvaihdunnassa muutoksia ja heille todetaan raskausdiabetes. (Vääräsmäki 2010.) Raskausdiabetes asettaa kustannukseen liittyviä haasteita terveydenhuollon sektorissa. Tästä syystä terveydenhuollon resursseja tullaan tarvitsemaan enemmän, jotta raskausdiabetesäidit saisivat tarvitsemaansa hoitoa.

Raskausdiabetes on sokeriaineenvaihduntaan liittyvän muutoksen aiheuttava sairaus. Raskausdiabeteksen on mahdollista altistaa erilaisille liitännäissairauksille. Yleisin sairaus, jonka riskiä raskausdiabeteksen on todettu lisäävän, on tyypin kaksi diabetes. Raskauden aikana elimistössä tapahtuu erilaisia muutoksia. Elimistö valmistautuu sikiön kehitykseen ja myöhemmin synnytykseen. Merkittävin tapahtuma elimistössä raskauden aikana on raskaushormonien erittyminen. Raskaushormonien ansiosta insuliinin tuotanto vähenee. Tämän tapahtuman seurauksena verensokeripitoisuus veressä kasvaa. Insuliini on tärkeä hormoni, joka toimintansa avulla pitää veren sokeripitoisuutta tasapainossa. Raskausdiabeteksen diagnosoinnin jälkeen hoidon keskeisin tavoite on terveellisten elintapojen omaksuminen sekä tarvittaessa lääkehoito. Elintapaneuvonnalla ja ohjauksella varmistetaan, että tautia saadaan hallintaan. Tavoitteena on edistää sekä äidin että lapsen hyvinvointia ja terveyttä. Tarkoituksena on myös ehkäistä tyypin 2 diabetekseen sairastumista. (Kolu 2012.)

Hyvin toteutuneella hoidonohjauksella on suuri merkitys, sillä sen avulla voidaan saada paljon aikaiseksi. Raskausdiabetesäidin sekä lapsen terveyden ylläpitäminen on ensisijainen tavoite, jota tavoitellaan. Suomessa terveysneuvonnasta vastaa normaalisti neuvola, jonka tehtävänä on seurata odottavan äidin ja lapsen terveyttä. Tämän lisäksi neuvolassa seurataan raskauden kehitystä ja sen tuomia muutoksia. Hoidonohjaus sisältää terveellisen ruokavalion omaksumisen sekä säännöllisen liikunnan harjoittamisen. Nämä ovat ensisijaisia hoitovaihtoehtoja. Lääkehoito on hoidossa toissijainen hoitovaihtoehto. Terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteena on korostaa terveyskäyttäytymisen tärkeyttä ja merkitystä. Raskausdiabetesnaisten hoitoon sitoutumista ja motivointia tulisi tavoitella. (Peränen 2008, 160.)

Tässä opinnäytetyössä perehdytään raskausdiabeteksen hoidonohjaukseen mukaillen kirjallisuuskatsausta ja tarkoituksena on saada tieteellisesti tutkitun tiedon avulla vastaus kysymykseen: mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta. Aihe on tärkeä, sillä raskausdiabeteksen on todettu lisääntyvän väestössä kasvavaa vauhtia.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata raskausdiabeteksen hoidonohjausta.

Tavoitteena on saada vastaus kysymykseen:

1. Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta?

3 Raskausdiabetes

Raskausdiabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriötila, joka näkyy elimistössä veren sokeripitoisuuden nousuna. Elimistössä verensokeripitoisuus nousee puutteellisen insuliinin ansiosta. Insuliini on elimistön hormoni, jonka tehtävänä on vaikuttaa glukoosi- eli sokeriaineenvaihduntaan. Haimassa olevat beetasolut ovat insuliinihormonin tuottajia, joihin kohdistuu toimintahäiriö raskausdiabeteksessa. Beetasolujen toimintahäiriön syy on raskaushormonin vaikutus. Kun insuliinin vaikutus on heikentynyt, se näkyy elimistössä verensokerin nousuna. Normaalisti ruuan jälkeen verensokeri kohoaa, mutta tämä on väliaikainen tila terveellä ihmisellä, sillä insuliini varmistaa toiminnallaan, että veren sokeripitoisuus laskee jonkin ajan kuluttua. Raskausdiabeteksessa, kuten diabeteksessa yleensäkin, tämä toiminta on häiriintynyt. Tätä häiriötilaa kutsutaan insuliiniresistenssiksi. (Diabetesliitto 2011, 5.)

Raskausdiabetes ei ole pysyvä tila. Nimensä perusteella sokeriaineenvaihdintahäiriöt kestävät vain raskauden aikana. Kun lapsi on syntynyt, veren korkeat sokeriarvot häviävät nopeasti. Synnyttäneen äidin verensokeri muuttuu jälleen tavalliseksi eli siihen tasoon kun sen normaalisti kuuluisi olla. Tutkimukset osoittavat, että sairastuminen tyypin 2 diabetekseen on monikertainen raskausdiabetesäidille. Terveet raskaana olevat naiset voivat sairastua myös, mutta raskausdiabetesnaisiin verrattuna todennäköisyys on paljon pienempi. Raskausdiabetes ei vain mahdollisesti aiheuta tyypin 2 diabetesta, vaan se voi olla riskitekijänä monessa muussa sairauksissa. Yksi sairaus, johon raskausdiabetesnaiset voivat altistua on sydän- sekä verisuonitauti. Riski sairastua kyseiseen sairauteen ei ole vain äidillä, mutta se voi myös olla lapsellakin. Elämäntapaneuvonnalla voidaan vaikuttaa myös näiden kyseisten sairauksien esiintymiseen, jos hoito toteutuu onnistuneesti. Elintapaneuvontaa ei pitäisi olla tarjolla vain raskauden aikana, vaan myös sen jälkeen kun odottava äiti on synnyttänyt. (Vääräsmäki 2010.)

Veren suurentuneen sokeripitoisuuden ansiosta, raskausdiabetesäideille tehdään sektioita useammin kuin terveillä odottavilla naisilla. Tämä liittyy siihen, että luonnolliseen alatiesynnytykseen liittyy komplikaatioita raskausdiabeteksen takia. Muita kompilaatoriskejä ovat muun muassa sikiön suurikokoisuus. (Luoto, Kinnunen, Aittasalo, Kolu, Raitanen, Ojala, Mansikkamäki, Lamberg, Vasankari, Komulainen & Tulokas 2011.)

3.1 Raskausdiabeteksen puhkeaminen

Raskausdiabetekselle voi altistaa monta tekijää. Merkittävimmät tekijät ovat odottavan äidin ylipaino, jos suvussa on raskausdiabetesta tai muu diabetes. Lisäksi siihen altistavat

ylipainoisen lapsen synnyttäminen edellisessä raskaudessa tai, jos edellisessä raskaudessa on ollut raskausdiabetesta. Odottavan äidin korkea ikä on yksi tekijä, joka altistaa taudin puhkeamiselle. Kuitenkin on mahdollista, että raskausdiabetekseen voi sairastua ilman, että ei olisi mitään edellä mainituista tekijöistä. (Diabetesliitto 2011,5.) Odottavan naisen insuliinintuotanto normaalisti alenee, mutta ylipainoisten naisten insuliinineritys on jo valmiiksi heikentynyt ennen raskausdiabeteksen puhkeamista. Näin ollen painonnousu on merkittävässä asemassa taudin puhkeamiselle. (Teramo & Kaaja 2011.) Tutkimuksen mukaan raskausdiabeteksen riskitekijöitä esiintyy 2-14 % raskaana olevilla naisilla (Luoto yms. 2011).

3.2 Taudin toteaminen

Raskausdiabeteksen toteamisessa on käytössä glukoosi - eli sokerirasituskoe.

Glukoosirasituskoe on mittari, jonka avulla voidaan tarkkailla sokeriarvoja paaston jälkeen.

Sokerirasitustesti tehdään ennen glukoosipitoisen nesteen nauttimista ja sen jälkeen.

Normaalisti, jotta glukoosirasituskoe voidaan tehdä onnistuneesti, paaston täytyy kestää noin 12 tuntia. Tämän jälkeen veren sokeripitoisuus voidaan tarkistaa. (Teramo & Kaaja 2011.)

Raskausdiabetes todetaan, jos paaston jälkeinen verensokeri on ≥ 5.3 mmol/l, tunnin kuluttua sokerinesteen juomisesta $\geq 10,0$ mmol/l ja vielä, jos arvo on kahden tunnin jälkeen 8.6 mmol/l (Käypä hoito 2008). Suositusten mukaan glukoosirasituskoe on tehtävä kaikille raskaana oleville naisille, kun he ovat saavuttaneet 24. ja 28. raskausviikot. Poikkeuksena ovat ne raskaana olevat naiset, joilla on suuri alttius saada tautia. Kyseisten odottavien äitien tapauksessa, glukoosirasituskoe on suoritettava raskauden ollessa viikolla 12-16. (Käypä hoito 2008.)

Glukoosirasitusmittausta suoritetaan neuvoloissa ja päämääränä on arvioida raskaana olevan äidin tilannetta. Tarkoituksena on selvittää tarvitaanko raskausdiabeteksen lääkkeellistä hoitovaihtoehtoa vai riittääkö pelkästään terveellisten elämäntapojen omaksuminen.

Sellaisissa tapauksissa, jossa yksi verensokeri arvo poikkeaa muista kahdesta arvoista, voidaan todeta, että terveellinen ruokavalio sekä liikunta riittävät hoitomuodoiksi. Verensokeria on kuitenkin syytä seurata neuvolassa, jotta voidaan varmistaa, että arvot pysyvät normaaleina.

Glukoosirasituskokeen tulosten näyttäessä, että kaksi kolmesta arvoista on koholla tai kaikki kolme arvoa poikkeavat normaalista, on syytä aloittaa veren sokeriarvojen mittaamista kotona. Glukoosirasituskokeen osoitettaessa, että omaseurannan toteuttaminen on välttämätöntä, raskausdiabeetikko aloittaa verensokerin seurannan viikon kuluttua sokerirasituskokeesta. Tavoitteena on odottavan äidin mittaustulosten seuraaminen ja mittausta tulisi tehdä yhteensä kaksi päivää sekä kerran yön aikana yhden viikon ajan.

Sokeriarvoja mitataan ruokailujen jälkeen sekä ennen nukkumaanmenoa. Kun huomataan, että pelkkä terveysneuvonta ei riitä hoidoksi, aloitetaan insuliinihoito. Raja-arvot lääkkeen aloittamiselle ovat: ennen ruokailua vähintään 5,5 mmol/l tai korkeampi ja ruokailun jälkeen

7,8 mmol/l tai korkeampi. Sokeriarvojen tulee olla kyseistä luokkaa jatkuvasti, jotta tautia voidaan todeta. (Teramo & Kaaja 2011.)

3.3 Raskausdiabeteksen hoito

3.3.1 Ruokavalio

Terveellinen ruokavalio on raskausdiabeetikolle hyvin tärkeää. Hoidonohjauksessa tavoitteena on kannustaa ja motivoida raskausdiabetesäidit syömään terveellisesti. Ruokavalion muuttaminen terveellisempään vaihtoehtoon on tärkeä tekijä, joka vaikuttaa taudin hallintaan. Terveellisen ja monipuolisen ravinnon avulla voidaan vaikuttaa painonnousuun ja sen avulla on mahdollista minimoida lääkehoidon tarvetta. (Peränen 2008, 150.)

Ruokavaliossa tulee noudattaa tarkasti suosituksia ja suosia terveellisiä vaihtoehtoja. Raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa tavoitteena on ehkäistä painonnousua. On suositeltu, että painoa ei saisi kertyä enemmän kuin 12 kiloa. Tämä suositus koskee niitä raskausdiabeetikoita, jotka ovat normaalipainoisia. Ylipainoisilla raskausdiabeetikoilla suositus on erilainen. Raja-arvo painonousulle on korkeintaan kahdeksan kiloa. Neuvoloissa käytössä olevaan ruokapäiväkirjaan kirjataan päivittäin kaikki ruokailut. Ruokapäiväkirjan avulla voidaan seurata ruokailutottumuksia ja myös sitä, kuinka usein raskausdiabeetikko ruokailee ja kuinka paljon. Tällä tavalla painonnousua on helppo seurata. (Kivelä, Nurmi & Orell-Kotikangas 2007.)

Verensokerin seuranta on tärkeää, koska veren sokeripitoisuuden kohoaminen on raskausdiabetekselle ominaista. Varsinkin aamulla verensokeriarvot voivat nousta helposti. Tästä syystä on hyvä kiinnittää huomio aamupalaan ja varmistaa, ettei syö suuria annoksia yhdellä kertaa. Ruokaillessa tulee välttää suuria annoksia ja syödä mieluummin pieniä annoksia useasti päivässä. (Kivelä, Nurmi & Orell-Kotikangas 2007.) Ruokavaliossa tulisi suosia hiilihydraattilähteitä, täysjyvävalmisteita ja kasviksia. Kyseiset ruoka-aineet auttavat pitämään verensokeriarvoja tasapainossa kohottamatta niitä. Näiden lisäksi marjojen sekä hedelmien lisäämistä ruokavalioon on suositeltavaa. Liha- ja maitovalmisteissa kannattaa suosia vähärasvaisia vaihtoehtoja. Raskaana olevan ruokavalioon kuuluu myös vitamiinien sekä hivenaineiden riittävä saanti. Esimerkiksi D-vitamiini sekä kalsium ovat hyvin tärkeitä raskaudessa ja niiden saannista on hyvä huolehtia. (Peränen 2008, 150.)

3.3.2 Liikunta

Raskausdiabeteksen hoidossa liikunnalla on suuri merkitys. Terveellinen ruokavalio ei yksinään riitä huolehtimaan verensokerin tavoitearvoihin pääsemisestä, vaan hoitoon tulee sisällyttää

fyysinen aktiivisuus. Liikuntaa tulee harjoittaa säännöllisesti. Liikunnan hyötyjä löytyy laajasti ja tarjolla on erilaisia vaihtoehtoja. Esimerkiksi liikunnan on todettu auttavan selviytymään raskauden aikaisesta elimistön fyysisestä kuormituksesta. Liikunnan on todettu lisäävän stressinsietokykyä ja vaikutukset voidaan todeta raskauden jälkeenkin. (Diabetesliitto 2011, 17.)

Liikuntamuotoja kannattaa valikoida tarkasti. Raskaus tuo paljon rajoitteita ja on tärkeää kuunnella omaa elimistöä. Raskaat ja liian tehokkaat liikuntamuodot aiheuttavat vain haittaa. Tavoitteena on harjoittaa kevyitä ja raskaana oleville soveltuvia helppoja liikuntamuotoja. Näitä ovat hyötyliikuntamuodot: portaiden käyttäminen hissien sijasta sekä kotisiivoukset. Lisäksi suositeltavia liikuntamuotoja ovat lenkkeily, ryhmäliikuntamuodot sekä muut kevyet harjoittelut. (Peränen 2008, 151.)

3.3.3 Lääkehoito

Lääkehoito on toissijainen hoitomuoto raskausdiabeteksen hoidossa. Lääkehoito tulee kyseeseen siinä vaiheessa, kun on todettu, että verensokeriarvot ovat edelleen korkeat huolimatta terveellisestä ruokavaliosta sekä liikunnasta. Lääkehoitona raskausdiabeteksessä käytetään insuliinia, jolla pyritään korvaamaan elimistön omaa insuliinituotantoa. Insuliinilääkehoidon muotoja ovat insuliinipistokset ihon alle tai tablettilääkkeet suun kautta. Insuliinimuodosta ja sen annostelutavasta päättää lääkäri. Insuliinitarve määräytyy mittauksissa saatujen arvojen mukaan. Lääkehoito toteutetaan siis liikunnan ja terveellisen ruokavalion ohella. Insuliinihoito jatkuu läpi raskauden. Normaalisti raskausdiabeteksen aiheuttama sokeriaineenvaihduntahäiriöt häviävät lapsen synnyttyä, jolloin myös käytössä oleva lääkehoito lopetetaan. Tarkoituksena ei ole jatkaa insuliinihoitoa raskauden jälkeen. (Diabetesliitto 2011, 19.)

4 Hoidonohjaus

Ohjaus on luottamuksellinen sekä vuorovaikutteinen kommunikaatiosuhde hoitajan sekä potilaan välillä. Hoitajan tavoitteena on ohjauksessa auttaa potilasta asettamaan henkilökohtaiset ja selkeät tavoitteet hoidolleen. Tavoitteiden asettamisen jälkeen hoitajan rooli on auttaa edistämään niitä voimavaroja, joita potilas tarvitsee tavoitteisiin pääsemistä varten. (Kääriäinen 2007: 117.) Ohjauksen lähtökohtana on auttaa potilasta ymmärtämään, että hän on määrän omasta hoidosta. Potilasta tulee kannustaa ottamaan ohjat omiin käsiin. Hoitaja neuvoo potilasta sairaudessaan sekä hoitomahdollisuuksissaan. Tarkoituksena on, että potilas tuntee itsensä voimavaraiseksi, jotta hän pystyy motivoitumaan ja sitoutumaan hoitoon sekä ohjaukseen. (Eloranta & Virkki 2011, 12.)

Eloranta & Virkki (2011, 19-21) jaottelevat ohjauksen käsitteet neljään osaan. Ohjauksen lähikäsitteet muodostuvat seuraavasta jaottelusta: ohjauksesta, opettamisesta, neuvonnasta sekä tiedottamisesta. Nämä käsitteet kulkevat ikään kuin käsi kädessä. Opettamisesta on kyse siinä vaiheessa, kun potilaalle kerrotaan ymmärrettävällä tavalla hoitoonsa liittyvistä toiminnoista. Esimerkkinä on verensokerin omaseurannan opettaminen eli autetaan potilasta opettelemaan kuinka ottaa verensokeriarvo säännöllisesti. Tavoitteena on, että opettamisen jälkeen potilas kykenee suoriutumaan toiminnosta yksin. Neuvonnasta puhutaan, kun terveydenhuollon ammattihenkilöt kertovat potilaalle erilaisista hoitomahdollisuuksista, jotka liittyvät potilaan hoitoon, sairauteen tai terveyteen. Tiedottaminen on ikään kuin vahvikkeena muille lähikäsittemuodoille. Tämä tarkoittaa sitä, että tiedottaminen on tapa, jolla vahvistetaan saatua ohjausta ja neuvontaa. Esimerkiksi sairaalajakson jälkeen saadut ohjeet kotiin ovat tiedottamista. Tiedottamista ovat myös erilaiset valistukset.

4.1 Hoidonohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjaukseen liittyvät taustatekijät ovat tärkeä tunnistaa, sillä niiden avulla voidaan määrittää ohjauksessa käytettävä menetelmä. Rintala, Kotisaari, Olli & Simonen (2008, 30-32) ovat kategorioineet eli luokitelleet ohjaukseen liittyviä tekijöitä kolmeen luokkaan. Ohjaukseen liittyy fyysisiä, emotionaalisia sekä sosiaalisia tekijöitä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilaan hoidonohjauksessa tulee kiinnittää huomio kaikkiin niihin tekijöihin, jotka ovat yhteydessä potilaaseen tai ovat osa potilaan elämää. Kaikki kolme tekijää vaikuttavat ohjaukseen. Esimerkiksi, kun puhutaan fyysisistä tekijöistä, sillä yritetään selvittää onko potilas lapsi vai aikuinen, onko hän nainen tai mies, millainen sairaus on kyseessä ja mikä on potilaan terveyden laatu. Nämä ovat tärkeitä fyysisiä tekijöitä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät potilaan tilanteen arvioimisessa.

Ihminen on sidoksissa omiin tunteisiinsa sekä ajatuksiinsa. Jokaisella on omat arvot sekä periaatteet. Nämä kyseiset käsitteet kuuluvat emotionaaliseen taustatekijöihin. Ohjauksessa on hyvä tunnistaa potilaan emotionaalisia taustatekijöitä. Esimerkiksi potilaalla saattaa olla ennakkoluuloja tai jonkinlaisia odotuksia hoidostaan. Nämä määrittävät sen, millä tavalla potilas suhtautuu ohjaukseen. Näiden ollessa negatiivisia, potilaan hoitoon sitoutuminen voi olla haasteellista. Puutteellinen hoitoon sitoutuminen muodostuu haasteeksi motivoitumiselle. Motivaation avulla potilas saavuttaa hoidon tavoitteet. Kuitenkin, jotta motivaatio toteutuisi toivottavalla tavalla, potilaan on ymmärrettävä, että hän on tärkein vaikuttaja ohjauksessa. Potilas itse voi vaikuttaa onnistuneeseen ohjaukseen. Edellytyksenä on, että potilaalla on riittävästi tahdonvoimaa päämäärän saavuttamiseksi. (Rintala yms. 2008, 33-34.)

Potilaan ohjauksessa on tunnistettava myös niitä tekijöitä, jotka liittyvät potilaan elinympäristöön, lähisuhteisiin, sosiaaliseen verkostoon sekä elämäntapoihin. On tärkeää, tiedostaa minkälaisesta taustasta potilas on lähtöisin ja minkälainen elämänkatsomus hänellä on. Tuen tarvetta voidaan arvioida, silloin kun on tiedossa millaisia sosiaalisia tekijöitä ovat vaikuttamassa ohjaukseen. Esimerkiksi toisesta kulttuurista tulevan potilaan hoidossa on kiinnitettävä huomio sellaisiin asioihin, jotka eivät välttämättä kuuluu monen muun potilaan sosiaalisiin tekijöihin. Potilas voi kuulua esimerkiksi johonkin vähemmistöryhmään. Tässä korostuu yksilölähtöinen ohjaus. (Rintala yms. 2008, 35-36.)

Ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota ohjaustilanteeseen vaikuttaviin tekijöihin. Onnistunut ohjaus edellyttää kiireetöntä sekä avointa ohjausympäristöä. Ohjauksessa tulee järjestää riittävästi aikaa, jotta potilas tuntee, että hänestä huolehditaan. Tarkoituksena on luoda turvallinen ympäristö, jossa potilas kokee olevansa tärkeä. (Rintala yms. 2008, 36-37.)

5 Terveiden edistäminen ja sen toimintamuodot

Terveiden edistäminen on toiminta, jonka tavoitteena on edistää terveyttä sekä hyvinvointia ja ennaltaehkäistä sairauksia. Terveiden edistämisessä pyritään myös siihen, että terveys olisi tasapuolista väestössä. (Stm 2011.)

Terveiden edistämisen toiminta on muuttunut ajan saatossa. Nykyaikana terveyden sitä ei enää pidetä jonkin korkean tahon määräämänä toimintana, vaan se on muuttunut neuvonnaksi, jolla pyritään vaikuttamaan väestön hyvinvointiin. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013.)

Yksilöiden, perheiden sekä ryhmien terveyteen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistaminen on terveyden edistämisen lähtökohtana. Kyseisiin taustatekijöihin kuuluvat yksilön, perheen sekä ryhmien yhteisöllisyyteen sekä ajattelu- ja toimintatapaan liittyviä tekijöitä. Nämä tekijät määrittävät sen, kuinka terveys mielletään ja sitä vaikuttavatko taustatekijät positiivisesti vai negatiivisesti terveyteen. (Thl 2013.)

Terveiden edistäminen tukee henkilökohtaista sekä sosiaalista kehitystä tarjoamalla tietoa, terveydestä ja parantamalla elämäntaitoja. Näin tehdessään, se edistää elämänhallinnan kokemusta ja antaa mahdollisuuden tehdä valintoja omasta terveydestä sekä ympäristöstä. (WHO 2009.)

Vastuu terveyden edistämisen toiminnasta on jaettu yksilöiden, yhteisön, terveystieteen ammattilaisten, terveydenhuollon sektorin sekä hallituksen kesken. Niiden tehtävänä on osallistua terveyttä edistävän toiminnan toteuttamiseen. Terveystieteen sektorin rooli on

siirryttävä yhä enemmän terveyden edistämisen suuntaan. Terveyspalveluissa tulee korostaa kulttuurillisia tarpeita. Tämä tukee yksilöiden sekä yhteisöjen terveellisten elämäntapojen omaksumista. Lisäksi se mahdollistaa yhteyden terveydenhuollon sektorin sekä laajempien sosiaalisten, poliittisten, taloudellisten sekä fyysisten ympäristötekijöiden välillä. (WHO 2009.)

5.1 Neuvolatoiminta

Suomessa neuvolapalvelut tarjoavat odottavalla äidille raskauden aikana terveysneuvontaa. Päämääränä on edistää äidin sekä sikiön terveyttä ja seurata raskauden kehitystä. Neuvolapalvelut kuuluvat terveyskeskustoimintaan. Terveysneuvonnalla pyritään yksilölähtöiseen ohjausmenetelmään. Perheen tilanteen kokonaisvaltainen arviointi on tavoiteltavaa. Tavoitteena on perheiden terveyden edistäminen. Odottava äiti aloittaa neuvolakäynnit yleensä raskauden keskivaiheessa, jolloin on aikaa seurata raskauden kehitystä. (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin & Pelkonen 2012, 53.)

Raskausajan neuvolaseurannan käynnistyttyä, perehdytään sekä äidin että koko perheen elämäntapoihin. Tähän kuuluu ruokailutottumukset sekä fyysinen aktiivisuus. Hoitohenkilöstö edistää toiminnallaan raskaana olevien äitien elintapojen parantamista. Jos huomataan, että terveelliset elämäntavat ovat heikot, aloitetaan terveysneuvonta. Neuvolassa potilaan kohtaamisessa korostuu perhe. Hoitajan tehtävänä on kohdata perhettä ja keskustella perheen kanssa heidän odotuksista sekä toivomuksista. Tarkoituksena on myös valmistella perhe uuden lapsen syntymiseen. (Hakulinen-Viitanen yms. 2012, 53.)

Terveysneuvonnassa painottuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden välinen yhteistoiminta. Yhteistoiminnan avulla edistetään potilaan terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistoiminta aikaansaa monipuolisen sekä kattavan ohjauksen. Yhteistoiminnan ansiosta, ohjauksen saadaan ammattitaitoista näkökulmaa. (Armanto & Koistinen 2007, 23.)

6 Toteutus

6.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaus on toissijainen tutkimus, joka perustuu edeltäviin tieteellisiin tutkimuksiin, joiden avulla pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksessa prosessin eri vaiheita pyritään kuvaamaan tarkasti sekä arvioimaan kriittisesti. Kriittinen arviointi lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.)

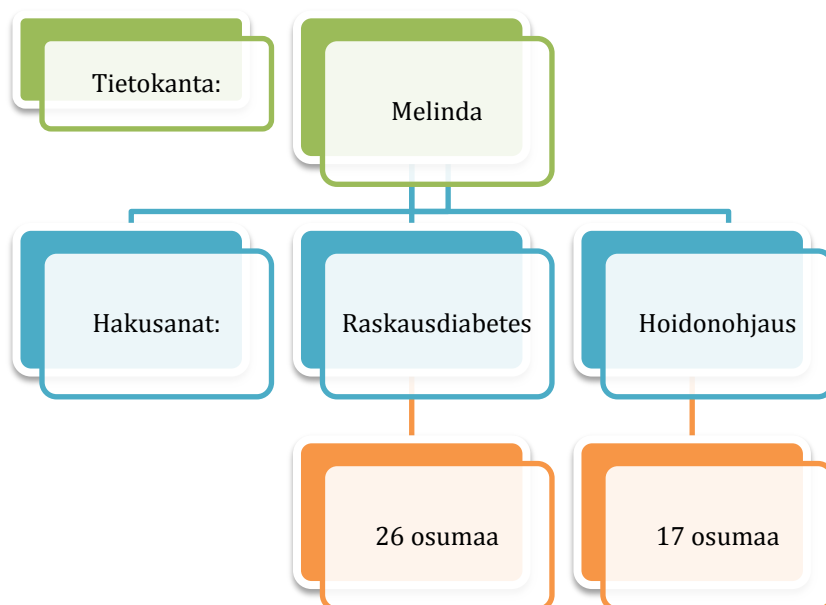
Valitsin kirjallisuuskatsauksen, koska se on tutkimusmenetelmä, jonka avulla on mahdollisuus löytää tutkimuksia monipuolisesti sekä kattavasti. Kyseisen teoreettisen tutkimusmenetelmän avulla pyrin käymään läpi tietokantojen tulokset perusteellisesti sekä tarkkojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Näiden tarkkojen kriteerien perusteella on pyritty valikoimaan korkealaatuisia tutkimuksia, joiden avulla löytyisi vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Analyysimenetelmänä oli käytössä aineistolähtöinen sisällönanalyysi, joka toimi hyvin kirjallisuuskatsauksen kanssa. Ajatuksena oli hyödyntää sisällönanalyysi aineistojen tulosten esittämisessä tiivistetyssä ja käsitteellistetyssä muodossa.

6.2 Tietokannat ja hakusanat

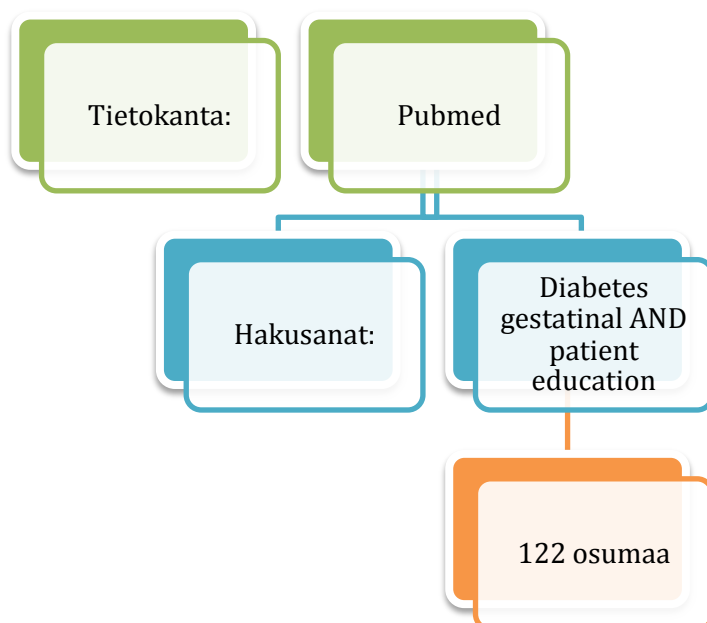
Opinnäytetyön tekijänä oli vain yksi henkilö, jonka takia apua haettiin kirjastovirkailijalta tietokantojen sekä hakusanojen käsittelyssä. Tavoitteena oli saada hakusanojen avulla tieteellisiä tutkimuksia, jotka ovat tehty opinnäytetyön aiheesta. Tiedonhankintaprosessi oli opinnäytetyön vaativin osuus. Tämä prosessi vei paljon aikaa, koska tutkimukset käytiin läpi huolellisesti ja tarkasti. Tähtinen (2007, 10) esittää, kuinka systemaattisen haun teossa edellytetään huolellista sekä tarkkaa prosessin etenemistä. Prosessin eri vaiheet voidaan toistaa tarvittaessa, jolloin päädytään samoihin tuloksiin.

Keräsin opinnäytetyöhöni aineistoa Melinda, Medic ja PubMed - tietokannoista. Melinda - tietokannassa käytin hakusanoina ”raskausdiabetes” JA ”hoidonohjaus”. Pubmed - tietokanta on englanninkielinen ja tästä syystä hakusanoina käytettiin ”Diabetes, gestational AND patient education”. Medic - tietokannassa hakusanana käytettiin ”hoidonohjaus”. Tavoitteena oli saada vain hoidonohjauksen näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Valitsin hakusanan hoidonohjaus, sillä se kuuluu Finmesh -asiasanastoon. Englanninkielisiä hakutuloksia oli enemmän suomenkielisiin hakutuloksiin nähden.

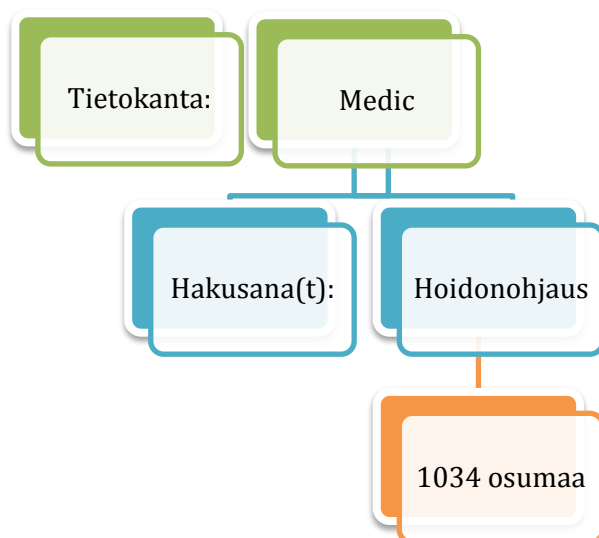
Kuva 1: Hakuprosessi



Melinda - tietokanta



Pubmed - tietokanta



Medic -tietokanta

Kuva 1: Hakuprosessi

	Melinda	Pubmed	Medic
Hakutulokset:	43	122	1034
Valittu otsikon perusteella:	3	46	60
Valittu tiivistelmän perusteella:	2	30	28
Valittu sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla:	1	10	12
Valittu tekstin perusteella:	1	8	4
Valittu yhteensä: = 5 tutkimusta	1	2	2

Kuva 2: Hakuprosessin tulokset

6.3 Sisäänotto ja poissulkukriteerit

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit olivat määritelty niin, että vain tieteellisiä artikkeleita hyväksyttiin aineistoiksi. Tavoitteena oli etsiä tutkimuksia raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta, mutta myös ainoastaan hoidonohjauksen näkökulmasta tehdyt tutkimukset valittiin analyysiin. Medic -tietokannassa hakusanana käytettiin hoidonohjausta.

Toisena sisäänottokriteerinä olivat tutkimukset, jotka ovat tehty 2002-2012 aikavälillä eli viimeisen 10 vuoden aikana. Poissulkukriteerinä olivat tutkimukset hoidonohjauksesta, jotka ovat tehty diabeteksen tai muiden sairauksien näkökulmasta. Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset sekä muista diabeteksen muodoista tehdyt tutkimukset jäivät pois.

Aineiston analyysiin otettiin ainoastaan alkuperäisiä tutkimuksia, jotta toissijaisia artikkeleita tai muita kelpaamattomia tutkimuksia vältettiin. Hakuprosessin alkuvaiheessa on jouduttu karsimaan monia tutkimuksia tarkkojen kriteerien takia. Esimerkiksi aineiston hakuvaiheessa huomattiin, kuinka monet hakutuloksissa saadut tutkimukset olivat toissijaisia tutkimuksia. Toissijaiset tutkimukset vähentävät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatua. Lopulta aineistoksi valittiin yhteensä viisi tutkimusta.

6.4 Aineiston valinta

Tämän opinnäytetyön aineistot koostuvat yhteensä viidestä (5) tieteellisestä tutkimuksesta. Kolme tutkimusta ovat tehty raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta ja kaksi pelkästään hoidonohjauksen näkökulmasta. Analyysiin valittiin sekä kotimaisia että kansainvälisiä tutkimuksia, mutta määrällisesti kansainvälisesti löytyi enemmän tutkimuksia kuin kotimaisia. Tutkimukset olivat sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä. Aineistot kirjattiin liitteenä olevaan aineistotaulukkoon. (Liite 1.)

6.5 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysi jaetaan kahteen osaan. Puhutaan aineistolähtöisestä eli induktiivisesta sekä teorialähtöisestä eli deduktiivisesta sisällönanalyysistä. Induktiivisessä sisällönanalyysissä käytetään hyväksi päättelyn logiikkaa ja analyysiyksiköt määritellään päättelyn avulla. Deduktiivisessä eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissä, nimensä mukaan aineiston analyysiä ohjaa jokin aikaisempi tietoa tai teoria. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on koota ja ryhmitellä tutkimuksen aineistoja eri vaiheiden kautta niin pitkälle kun se on mahdollista. Sisällönanalyysin vaiheiden kautta on tarkoituksena muodostua kategorioita, jotka vastaavat tutkimuksessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112).

6.6 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi jakautuu yhteensä kolmeen eri vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin sekä abstrahointiin eli käsitteiden muodostamiseen. Sisällönanalyysin avulla aineistosta saadaan kattava ja tarkka kuvaus aiheesta, jota tutkitaan.

Opinnäytetyössä sisällönanalyysin tekeminen aloitettiin etsimällä aineistoista tutkimuskysymykseen olennaiset ilmaukset. Niitä listattiin jokaisessa tutkimuksessa, jonka jälkeen ilmaukset pelkistettiin siten, että tutkimukselle epäolennaiset asiat karsittiin pois. Tällä tavalla pelkistämisen avulla saatiin ainoastaan tutkimukselle tärkeitä asioita. Aineiston pelkistäminen tapahtuu tutkimuskysymyksen ohjauksella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>”Potilaat, joiden osalta ohjaus oli potilaslähtöistä, arvioivat toimintamahdollisuudet 5, 91-kertaa niin hyviksi kuin ne, joiden kohdalla se ei ollut potilaslähtöistä.”</i>	Potilaslähtöinen ohjaus
<i>”Potilaat olisivat toivoneet joustavuutta ohjaukseen, jotta tietoja olisi voitu soveltaa heidän tarpeeseen.”</i>	Joustavuus ohjauksessa

Kuvio 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Sisällönanalyysin seuraavana vaiheena oli aineiston ryhmittely eli klusterointi. Ryhmittelyssä ilmaukset käytiin läpi jälleen hyvin tarkasti. Ilmauksista katsottiin samoja asioita korostavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset koottiin yhteen ja ne ryhmiteltiin. Ryhmittelyn jälkeen käsitteistä muodostettiin kategoria eli luokka ja kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava yhteinen nimike.

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Potilaslähtöinen ohjaus
Joustavuus ohjauksessa
Potilaan kontekstin, elämäntilanteen,
ongelmien ja omaisten huomioiminen

Yksilölähtöinen ohjaus

Kuvio 2. Aineiston klusterointi eli ryhmittely

Seuraava vaihe oli aineiston abstrahointi. Abstrahoinnissa on jatkettu käsitteiden muodostamista niin pitkälle kun se oli mahdollista. Abstrahoinnin avulla muodostuivat pääluokat.

Alaluokka

Yläluokka

Yksilölähtöinen ohjaus
Mahdollisuus osallistua omaan hoitoon
Omaisten osallistuminen ohjaukseen
Eri oppimistapojen hyödyntäminen
Omahoitajatyöskentely

Voimavarojen vahvistaminen

Kuvio 3. Aineiston abstrahointi

Yläluokka

Pääluokka

Voimavarojen vahvistaminen
Suunnitelmallinen ajankäyttö
Kokonaisvaltainen ohjaus
Kommunikointi

Laadukas ohjaus

Kuvio 4. Pääluokan muodostuminen

7 Tulokset

Opinnäytetyö koostuu yhteensä viidestä aineistosta. Raskausdiabeteksen hoidonohjauksen kannalta terveydenhuollon ammattihenkilöiden olisi hyvä kiinnittää huomiota niihin tekijöihin, jotka edistävät tai estävät hoidonohjausta, jotta ohjauksen laatua voidaan arvioida sekä mahdollisesti kehittää. Analyysiin valituista tutkimuksista kolme tutkimusta on tehty Suomessa, yksi on tehty Kanadassa sekä yksi Yhdysvalloissa. Tässä kappaleessa tarkastellaan sisällönanalyysin avulla saatuja tuloksia raskausdiabeteksen hoidonohjauksen edistävistä ja estävistä tekijöistä.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla aineistosta saadut tulokset pelkistettiin, ryhmiteltiin ja sen jälkeen ne yhdistettiin pääluokiksi. Pääluokkia muodostui yhteensä neljä. Kolme pääluokkaa vastaa kysymykseen, mitkä tekijät edistävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta ja yksi pääluokka vastaa kysymykseen, mitkä tekijät estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta. Raskausdiabeteksen hoidonohjausta edistäviä tekijöitä ovat laadukas ohjaus, sosiaalinen tuki sekä hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen. Raskausdiabeteksen hoidonohjauksen estäväksi tekijäksi muodostui potilaan henkisen tuen puute.

7.1 Laadukas ohjaus

Laadukkaan ohjauksen yläkategorioiksi muodostuivat voimavarojen vahvistaminen, suunnitelmallinen ajankäyttö, kokonaisvaltainen ohjaus sekä kommunikointi. Alaluokkien sisältö kuvaa niitä tekijöitä, joita tarvitaan laadukkaassa ohjauksessa.

7.1.1 Voimavarojen vahvistaminen

Potilaan voimavarojen vahvistaminen on laadukkaaseen ohjaukseen liittyvä tekijä. Voimavarojen vahvistamiseen kuuluu yksilölähtöisyys, omaisten osallistuminen ohjaukseen, eri oppimistapojen hyödyntäminen sekä omahoitajatyöskentely. Kääriäisen (2007:80) tutkimuksessa kävi ilmi, että yksilölähtöinen ohjaus oli positiivisesti yhteydessä potilaiden toimintamahdollisuuksiin. Omaisten osallistuminen hoitoon on todettu lisäävän potilaiden sitoutumista. (Mattila 2011:67). Eri oppimistapojen hyödyntäminen, kuten esimerkiksi itseopiskelu vahvistaa raskausdiabetesnaisten autonomian tunnetta (Gaudreau & Michaud 2012: 6). Lisäksi samassa tutkimuksessa esitetään, kuinka Algonquin -alkuperäiskansan raskausdiabetesnaiset pitivät eri oppimisresurssien hyödyntämistä tärkeänä (Gaudreau & Michaud 2012:6). Omahoitajuus ohjauksessa vahvistaa potilaan sekä hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta ja heidän välistä kommunikointia (Mattila 2011: 64).

7.1.2 Suunnitelmallinen ajankäyttö

Laadulliseen ohjaukseen kuuluu ajankäytön hallinta. Suunnitelmallisen ajankäytön alakategorioiksi muodostuivat ajan käytön hallinta. Aikaa tulee olla riittävästä, jotta ohjaus onnistuu. Mattilan (2011:78) mukaan rauhaton sekä kiireellinen ympäristö aiheuttaa potilaalle negatiivisia tunteita hoitohenkilöstöä sekä ohjausta kohtaan.

7.1.3 Kokonaisvaltainen ohjaus

Kokonaisvaltaisen ohjauksen alakategorioiksi muodostuivat hyvän ohjaustekniikan osaaminen, hyvin suunniteltu ohjaus, kirjallisten ohjausmateriaalien käyttö sekä kriittinen tarkastelu ohjauksen laadussa. Kokonaisvaltaisessa ohjauksessa laadun arviointi on tärkeää, jotta voidaan arvioida toteutuuko kyseiset tekijät.

Ohjausmenetelmien hallitseminen on tärkeää ohjauksessa. Kääriäinen (2007:80) tutkimuksessa todetaan, että potilaat, joiden ohjauksessa ohjausmenetelmien hallinta oli toteutunut kuvailivat sen vaikuttaneen positiivisesti heidän toimintamahdollisuuksiin. Lisäksi riittävä ohjaus oli yhteydessä ohjaustekniikan osaamiseen (Kääriäinen 2011:82). Hyvin suunniteltu ohjaus toteutuu, kun sattumavaraisuutta ohjauksessa vältetään (Kääriäinen 2007: 91). Kirjallisten ohjausmateriaalien käyttäminen kuuluu kokonaisvaltaiseen ohjaukseen. Ohjauksessa potilaiden olisi hyvä saada ohjausmateriaalia myös kirjallisesti (Kääriäinen 2007: 103). On todettu, että ne raskausdiabetesnaiset, jotka saivat sekä kirjallista että suullista ohjausta palasivat seurantaan 2 kertaa enemmän kuin raskausdiabetesnaiset, jotka eivät saaneet kirjallista ja suullista ohjausta (Stasenko, Liddell, Cheng, Sparks, Killion & Caughey 2011: 522.e2). Kriittinen tarkastelu ohjauksen laadun toteutumisessa tarvitaan ohjauksen suunnittelua sekä arviointia. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla tarkat tavoitteet potilaan hoidolle. (Kääriäinen 2007:103.)

7.1.4 Kommunikointi

Kommunikointi muodostui yläluokaksi seuraavista alakategorioista: Onnistunut keskustelutilanne, potilaan tunteisiin pohjautuva tuki sekä hoitajan ja potilaan välinen kanssakäyminen ohjauksessa. Kommunikointi edistää hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta sekä sosiaalista kanssakäymistä. Onnistunut keskustelutilanne sisältää keskustelemisen sekä tiedottamisen. Mattilan (2011: 64) tutkimuksessa todetaan kuinka hoitohenkilöstön tunteisiin pohjautuvia tukimenetelmiä auttoi luomaan vuorovaikutteisen yhteyden potilaan sekä hoitajan välillä. Hoitajan ja potilaan välinen kanssakäyminen selittyy vuorovaikutuksella ja hyvällä ilmapiirillä. Tutkimuksessa vuorovaikutuksen ansiosta potilaat

kokivat ohjauksen vaikuttavana. Lisäksi hoitajan ja potilaan välinen ilmapiiri vaikuttaa vuorovaikutukseen (Kääriäinen 2007:84-85).

7.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki muodostui yhdeksi tärkeäksi pääluokaksi. Sosiaalisen tuen yläkategorioiksi muodostuivat potilaiden perheeltä ja ystäviltä saatu tuki, yhteisön kannustus sekä potilaan hoitoon osallistuvien työryhmien tuki.

7.2.1 Perheen ja ystävien tuki

Yhdeksi yläluokaksi muodostui omaisten ja ystävien tuki. Omaisten ja ystävien tuki koettiin tärkeäksi. Perheenjäsenten sekä ystävien tuen avulla potilaat motivoituvat noudattamaan terveellisiä elintapoja. Gaudreau & Michaud (2012: 4) mukaan perhe sekä sosiaaliset siteet ovat ensisijaisessa asemassa terveellisten elintapojen ylläpidossa. Mattilan (2011:66-67) tutkimuksessa todetaan, että omaiset ovat potilaille tärkeä tuen lähde.

7.2.2 Yhteisön kannustus

Yhteisön kannustus muodostui yhdeksi pääluokaksi. Yhteisön kannustus muodostui alaluokasta, johon kuului terveyden edistäminen yhteiskunnassa eri tapahtumien avulla. Ympäristön tuki ja kannustus kuvataan Gaudreauin & Michaudin (2012: 5) tutkimuksessa. Siinä esitetään, kuinka yhteisön järjestämät liikuntatapahtumat vaikuttivat raskausdiabetesnaisiin positiivisesti ja auttoivat heitä innostumaan liikunnasta (Gaudreauin & Michaudin 2012: 5).

7.2.3 Potilaan hoitoon osallistuvien työryhmien tuki

Sosiaalisen tuen yksi yläkategoria on potilaan hoitoon osallistuvien työryhmien tuki, johon kuuluu alaluokat terveydenhuollon ammattihenkilöiden kannustus sekä moniammatillinen yhteistoiminta ammattihenkilöiden välillä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuki on tärkeä tekijä hoidonohjauksessa. Korpi-Hyövältin (2012: 38.) tutkimuksessa raskausdiabeteksen terveysneuvontaan osallistui hoitajan lisäksi fysioterapeutti sekä ravitsemusterapeutti. Moniammatillisen yhteistoiminnan avulla ohjausvastuuta tulisi jakaa potilaan hoitoon osallistuvien kesken (Kääriäinen 2007: 103).

7.3 Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen

Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen muodostui yhdeksi pääluokaksi. Siihen kuuluvat tukimenetelmien hallinta sekä hoitohenkilöstön ammattitaito, jotka muodostuivat yläluokiksi abstrahoinnin avulla.

7.3.1 Tukimenetelmien hallinta

Tukimenetelmien hallinta muodostui alaluokista, joihin kuului tuen soveltaminen kulttuuriin ja elämäntapoihin, eri tukimenetelmien hyödyntäminen ohjauksessa, sekä tuen tarpeen määrittäminen. Kyseiset käsitteet ovat hoitotyön ammatillisen osaamisen osa-alueita. Gaudreau & Michaud (2012: 5.) esittävät, kuinka raskausdiabetesnaisten oli helpompi omaksua terveelliset elintavat, kun ohjaus sovellettiin kulttuurillisiin tekijöihin. Eri tukimenetelmien hyödyntäminen sekä tuen tarpeen määrittäminen ovat tukimenetelmien hallinnan lähtökohtia. Tuen menetelmiä ovat opettaminen, neuvominen sekä kouluttaminen (Mattila 2011:5). Potilaan tuen tarpeen määrittämisessä on tärkeää, että hoitohenkilöstö tekevät yhteistyötä (Mattila 2011: 65). Hoitohenkilöstö korostivat omaan vaistoon luottamisen sekä tutkitun tiedon käytön olevan tärkeä väline tuen tarpeen tunnistamisessa (Mattila 2011:64).

7.3.2 Hoitohenkilöstön ammattitaito

Hoitohenkilöstön ammattitaito on yläluokka, joka on käsitteellistetty abstrahoinnin avulla alaluokasta hoitajan osaaminen. Hoitajan osaaminen on onnistuneen ohjauksen ydin. Raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa hoitajan ammattitaito on tärkeässä roolissa ohjauksen onnistumiselle. Mattila (2011:5) esittää tutkimuksessa, kuinka hoitohenkilöstön ammattitaito sekä terveyden edistämisen menetelmät ovat tärkeitä tekijöitä.

7.4 Hoitohenkilöstön tuen puute

Hoitohenkilöstön henkisen tuen puute muodostui kahdesta läkategorioista, jotka nimettiin hoitajien puutteellinen henkinen tuki sekä hoitajien puutteellinen tiedollinen tuki.

7.4.1 Hoitajan puutteellinen henkinen tuki

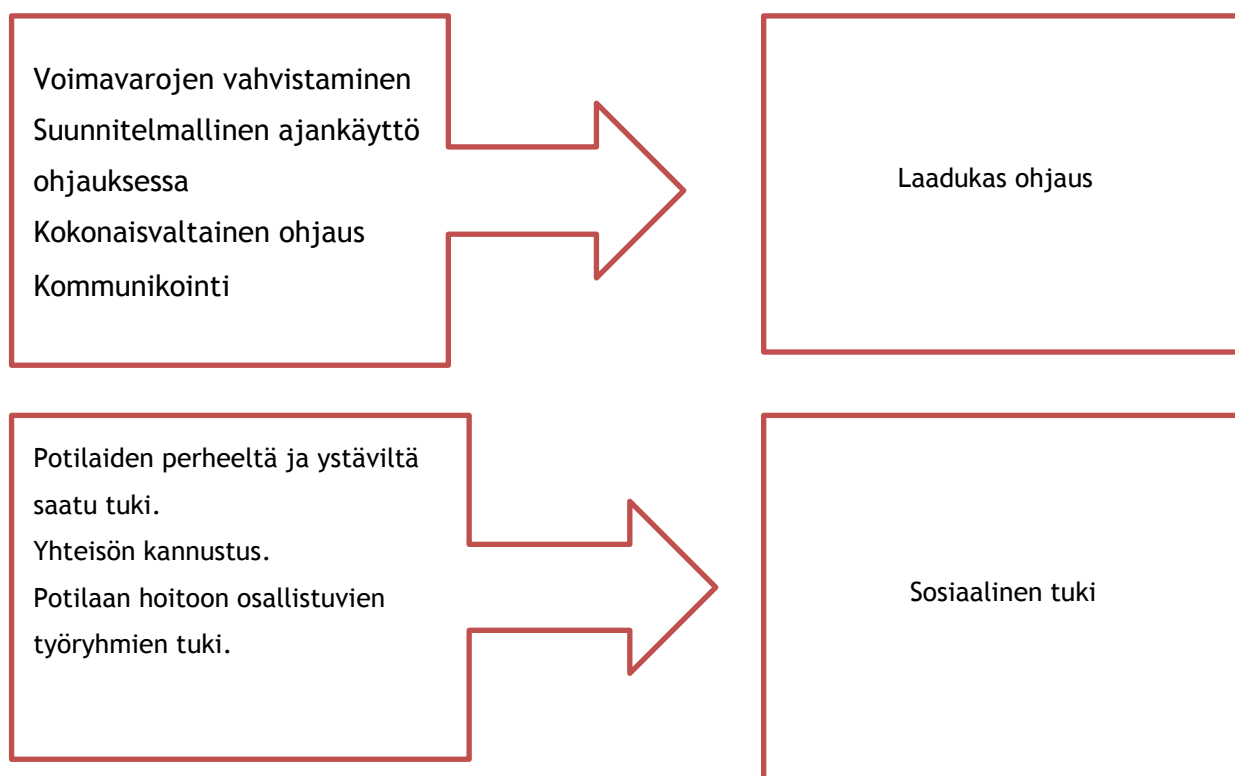
Kyseisen yläluokan alaluokkaan kuuluu potilaan inhimillisen kohtelun puute sekä potilaan tiedonsaannin puute. Nämä kuvaavat niitä tekijöitä, jotka estävät hoidonohjausta. Tutkimuksen mukaan hoitajan epäkohtelias käytös sekä puutteellinen tiedonanto vähentävät

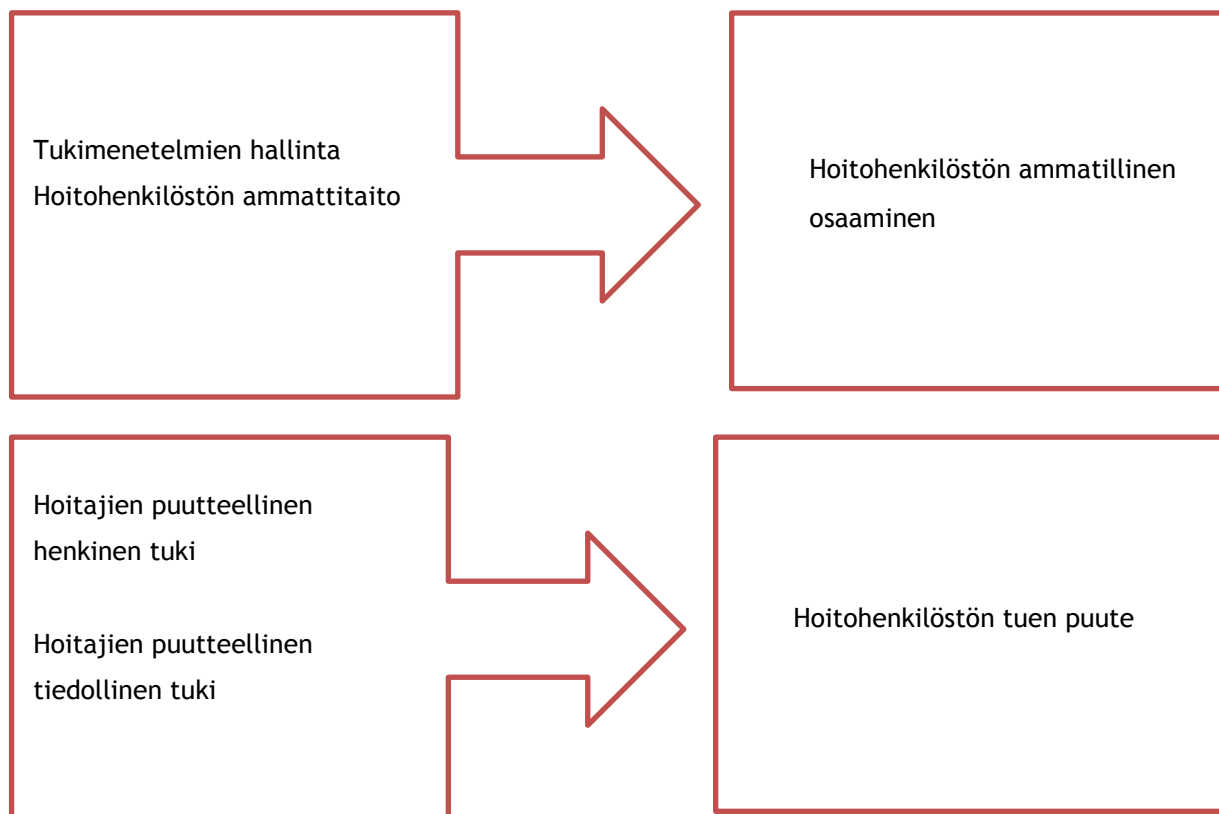
potilaiden tuen saamisen kokemuksia (Mattila 2011:78). Kääriäisen (2007:91) tutkimuksessa todetaan, että potilaille ei annettu tilaisuutta kertoa askarruttavista asioista, joka on puutteellista henkistä tukemista. Tiedonsaannin puute näkyy potilaiden omaan hoitoon liittyvien asioiden ymmärtämisessä (Mattila 2011:79).

7.4.2 Hoitajan puutteellinen tiedollinen tuki

Hoitajan puutteellinen tiedollinen tuki muodostuu potilaan tiedonsaannin puute -alaluokasta. Hoitohenkilöstön vastuualueisiin kuuluu tiedottaa potilaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Mattilan (2011:79) mukaan puutteellisen tiedollisen tuen takia potilaille jää epäselväksi heidän hoitomahdollisuuksista, jolloin potilaat eivät saa minkäänlaista käsitystä heidän paranemismahdollisuuksista.

7.5 Tulosten yhteenveto





8 Pohdinta

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta voidaan tarkastella ja arvioida monella tavalla. Tutkimuksen alussa on tehty eri tietokannoissa hakuja käyttäen sopivia asiasanoja, joiden kelpoisuus on tarkistettu Finmesh:in asiasanastosta. Käytetyissä tietokannoissa julkaistaan lääke- sekä hoitotieteellisiä aineistoja, jotka ovat luotettavia. Tutkimusten valikoinnissa on pyritty käyttämään tieteellisiä tutkimuksia ja väitöskirjoja. Tällä tavalla on pyritty lisäämään aineistoanalyysiin valittujen tutkimuksien luotettavuutta.

Tutkimusten hakuvaiheessa, hakuja on rajattu niin, että ne olisivat viimeisen 10 vuoden ajalta. Näin pyrittiin välttämään vanhennutta tietoa, joka on voinut muuttua vuosien saatossa. Tutkimuksessa on kuitenkin ollut luotettavuusongelmia. Esimerkiksi useiden kansainvälisten tutkimusten saatavuudessa on ollut ongelmia. Jotkut ovat olleet maksullisia ja toiset tutkimukset eivät ole olleet saatavilla. Tämän takia on mahdollista, että jotkut hyödylliset tutkimukset ovat jääneet tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Tähän kirjallisuuskatsaukseen koottiin yhteensä viisi tutkimusta, jotka oli valittu tarkoin määriteltyjen hakukriteerien avulla. Opinnäytetyöhön olisi ollut hyvä saada enemmän tutkimuksia, joiden avulla hoidonohjausta edistäviä sekä estäviä tekijöitä olisi voinut löytyä lisää. Näin olisi voitu saada laajempi ja monipuolisempi tarkastelu tutkittavasta aiheesta.

Ongelmalliseksi muodostui myös se, että hakutuloksissa oli merkittävä määrä toissijaisia tutkimuksia. Monet tutkimukset olivat kirjallisuuskatsauksia alkuperäisistä tutkimuksista.

Tässä tutkimuksessa on käytetty ainoastaan suomenkielisiä sekä englanninkielisiä aineistoja, jotta kieliharhaa ei syntyisi muista kielistä. Kuitenkin on mahdollista, että englanninkieliset tutkimukset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusten käännösvaiheessa on mahdollisesti voinut tapahtua virheellisiä tulkintoja ja käännöksiä. Sisäänotto -ja poissulkukriteerit voivat myös heikentää tulosten luotettavuutta, sillä ne ovat voineet olla liian tiukkoja ja rajattuja.

Opinnäyteyössä käy ilmi, että reliabiliteetti eli toistettavuus on toteutettavissa, sillä samoja hakusanoja käyttämällä voidaan toteuttaa sama hakuprosessi. Näin voidaan löytää samat tutkimukset ja saada samat tutkimustulokset. Opinnäytetyön prosessin aikana on huomioitu tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimuksessa käytettyjä aineistoja on esitetty selkeästi unohtamatta tutkimusten alkuperäisiä tekijöitä. Tekijöiden nimet, vuosi sekä maa on mainittu selkeästi sekä teksti- ja lähdeviitteissä. Tutkimuksen alussa ei ollut minkäänlaisia ennakkokäsityksiä aiheesta. Näin ollen minkäänlaiset ennakkoluulot eivät ole olleet vaikuttamassa tulosten käsittelyssä. Alkuperäisaineistojen tarkastelussa pyrittiin olemaan puolueettomia. Lisäksi tuloksia ei vääristelty ja jokaista tutkimusta on pyritty käsittelemään yksitellen.

8.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää vastaus tutkimuskysymykseen: Mitkä tekijät edistävät tai estävät raskausdiabeteksen hoidonohjausta. Tämä on tärkeä kysymys raskausdiabeteksen hoidonohjauksessa, sillä hyvän hoidon perustana on onnistunut ohjaus ja hyvällä ohjauksella voidaan vaikuttaa sairauteen ja sen etenemiseen. Tämän lisäksi kyseiseen tutkimuskysymykseen saatuja tuloksia voivat käyttää hyväkseen terveydenhuollon eri ammattihenkilöt kehittääkseen hoidonohjauksen laatua.

Kirjallisuuskatsaus ei ollut minulle entuudestaan tuttu tutkimusmenetelmä, mutta sen avulla pääsin tarkastelemaan tutkimuksia aiheesta, jotka ovat tehty sekä Suomessa että kansainvälisesti. Käytin paljon aikaa tutkimusmenetelmään perehtymiseen sekä tiedonhakuaiheessa tutkimusten löytämiseen. Tutkimuksen hauissa tuli ilmi, että tällä hetkellä aiheesta on monia tutkimuksia työn alla, joiden on määrä valmistua lähitulevaisuudessa. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tekeminen vaati myös paljon aikaa.

Raskausdiabeteksen hoidonohjausta edistävät tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan laadukas ohjaus, sosiaalinen tuki sekä hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen.

Laadukas ohjaus edellyttää potilaan voimavarojen vahvistamista, suunnitelmallista ajankäyttöä, kokonaisvaltaista ohjausta sekä kommunikointia. Laadukasta ohjausta voidaan tarkastella voimavaraisen lähestymistavan pohjalta. Kuten Eloranta & Virkki (2011, 12) totesivat, voimavarainen ohjaus auttaa potilasta motivoitumaan ohjaukseen, jolloin hänen on helpompi omaksua terveelliset elämäntavat. Tavoitteena on kannustaa raskausdiabeetikoita löytämään ennen käyttämättömiä voimavaroja ja hyödyntämään niitä elämänhallinnan toteuttamisessa. Tässä korostuu omahoitajuuden merkitys. Omahoitajuus edistää potilaan tukemista sekä ohjausta.

Aikaa tulee käyttää riittävästi sekä hyödyllisesti raskausdiabetesäitien ohjauksessa. Riittävää aikaa tulee käyttää ohjauksessa keskusteluun sekä koko perheen elämäntilanteen arvioimiseen. Onnistunut ohjaus toteutuu kiireettömässä sekä avoimessa ohjausympäristössä (Rintala yms. 2008, 36-37). Ohjaus määritellään Kääriäisen (2007, 117) mukaan, että se on hoitosuhde, joka perustuu kommunikointiin. Tästä syystä kommunikointi on hoitajan sekä potilaan vuorovaikutteisen dialogin mahdollistaja, jonka välityksellä tiedonsaanti kulkee.

Sosiaalinen tuki edellyttää potilaiden perheen sekä ystävien tuen, yhteisön sekä potilaan hoitoon osallistuvien työryhmien kannustusta. Sosiaalinen tuki auttaa raskausdiabetesnaisia sitoutumaan hoitoonsa sekä ohjaukseen. Hakulinen-Viitanen yms. (2012, 53) korostaa perhekeskeisyyden tärkeyden raskaana olevan potilaan neuvolaohjauksessa. Sosiaaliset siteet ovat tärkeitä ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä (Rintala yms. 2008, 35-36). Terveellisten elintapojen omaksumisesta on hyötyä koko perheelle. Yhteisöllisyyttä voidaan käyttää terveellisen ruokavalion sekä liikunnan edistämisessä. Erilaiset yhteiset tapahtumat voivat innostaa raskausdiabetesnaisia syömään terveellisesti ja liikkumaan säännöllisesti. Tällä tavalla voidaan käyttää yhteisöllisyyttä hyväkseen terveyden edistämisessä. Potilaan hoitoon osallistuvat työryhmät ovat vastuussa potilaan tiedonsaannista sekä tuesta.

Terveellisten elintapojen ylläpidossa, hoitohenkilöstön tuki on keskeisessä asemassa, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat vastuussa terveyden edistämisen toiminnan toteutumisesta (WHO 2009). Hoitohenkilöstöltä vaaditaan hyvää ammatillista osaamista, jotta he osaavat tunnistaa potilaiden tuen tarpeen ja soveltaa tuki elintapoihin sekä kulttuuriin. Tällä tavalla potilas voidaan motivoida omaksumaan terveellisiä elintapoja ja ennaltaehkäisemään tyypin 2. diabeteksen kehittymistä myöhemmin. Aikaisin aloitettu elintapaneuvonta raskaudessa olisikin hyödyllistä niille, jotka kuuluvat sairauden riskiryhmään.

Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen on ohjauksen ydin. Terveys- ja elämäntapojen huollon ammattihenkilöiden tulee soveltaa tuki kulttuuriin sekä elämäntapoihin. Tällä tavalla voidaan vaikuttaa myös eri kulttuurista tulevan raskausdiabeetikon terveyden edistämiseen. Voidaan

päätellä, että tuen tarpeen määrittäminen on lähtökohtana hoidon onnistumiselle. Jokaisen potilaan tarpeita tulisi arvioida yksilöllisesti. Rintala yms. (2008, 35-36) korostaakin ohjausmenetelmänä yksilölähtöistä ohjausta. Raskausdiabetesnaisten ohjauksessa tulee ottaa huomioon myös perheenjäsenten tarpeet kuten isä sekä perheen lapset. Tukimenetelmiä tulee soveltaa ohjaukseen.

Raskausdiabeteksen hoidonohjauksen estäväksi tekijäksi muodostui hoitohenkilöstön tuen puute. Tämä pitää sisällään sekä henkisen että tiedollisen tuen puutteen. Henkisen tuen puute näkyy esimerkiksi tilanteessa, jossa hoitajalla ei ole riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen, jolloin se vähentää henkisen tuen saamisen kokemuksia. Raskausdiabetesäitien ohjauksessa hoitohenkilöstön tulee varata hyvin aikaa ohjaukselle. Jos tämä ei toteudu, voidaan olettaa, että ohjauksesta ei saada tarvittava hyöty. Potilas voi kokea tiedollisen tuen puutetta, jos potilaalle ei anneta riittävästi tietoa hänen hoitoaan koskevista asioista. Ohjauksessa potilaalle tulee muodostua selkeä käsitys sairaudestaan sekä hoitovaihtoehdoista (Eloranta & Virkki 2011,12.) Voidaan päätellä, että henkisellä sekä tiedollisella tuella ovat positiivisia vaikutuksia raskausdiabetesäitien elämänhallinnan toteutumiseen sekä terveyskäyttäytymisen omaksumisessa.

Raskausdiabetes on terveyttä uhkaavaa tila, jossa sekä äiti että lapsi ovat sairauden uhan alla. Ohjauksella voidaan vaikuttaa sairaudesta aiheutuvia komplikaatioita, joiden on mahdollista aiheuttaa terveyshaittoja äidille sekä lapselle. Terveellisten elintapojen avulla voidaan ehkäistä näitä komplikaatioita ja edistää raskausdiabetesäidin sekä lapsen terveyttä. Terveellisellä ruokavaliolla sekä liikunnalla voidaan ehkäistä taudista aiheutuvia terveysongelmia. Verensokerin omaseurannan avulla voidaan päätellä tarvitaanko insuliinihoitoa vai riittääkö lääkkeetön hoitovaihtoehto. Hoitamattomana raskausdiabetes voi aiheuttaa tyypin 2 diabetesta ja heikentää elämänlaatua.

Tutkimus aihe on ajankohtainen ja tulevaisuudessa olisi tarvetta tehdä lisää tutkimuksia raskausdiabeteksen hoidonohjauksesta, jotta uutta tietoa saataisiin jatkuvasti. Raskausdiabetes on kasvava ilmiö, jonka vaikutukset näkyvät myöhäisempänä vaiheessa tyypin 2. diabeteksen muodossa. Hyvällä hoidonohjauksella voidaan positiivisesti vaikuttaa perheiden hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveyden ylläpitämiseen.

Lähteet

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Diabetesliitto. 2011. Raskausdiabetes -Pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Kustannusosakeyhtiö Hämeen kirjapaino Oy.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Gaudreau, S. & Michaud, C. 2012. Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. Canada.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/32-3/ar-04-eng.php> > Luettu 2.2.2013

Hakulinen-Viitanen, T. Hietanen-Peltola, M. Hastrup, A. Wallin, M. Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys-lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tampere.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90831/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1 >

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M.-T. Sane, T. Diabetes. 2011. Diabetesliitto. Duodecim. Helsinki.

Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. 2007. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 51.

Kauhanen, J. Erkkilä, A. Korhonen, M. Myllykangas, M. Pekkanen, J. Kansanterveystiede. 2013. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kivelä, R. Ruokavalion potilasohje HYKS. 2008. HUS-ravitsemusterapeutit 2007, työryhmä: laillistetut ravitsemusterapeutit Riitta Kivelä, Pirjo Nurmi, Helena Orell-Kotikangas.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01029 > Luettu 21.2.2013.

Kolu, P. 2012. Raskausdiabetes lisää terveydenhuollon kustannuksia neljänneksellä. Ukk-instituutti.
http://www.ukkinstituutti.fi/tiedotteet/2012_tiedotteet/raskausdiabetes_lisaa_terveydenhuollon_kustannuksia_neljanneksella > Luettu 25.3.2013

Korpi-Hyövalti, E. 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla -Syö yhden, liiku kahden puolesta. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
< http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0978-7/urn_isbn_978-952-61-0978-7.pdf >

Käypä hoito. 2008. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin: Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Raskausdiabetes.
< <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/kht00079> >. Luettu 21.2.2013.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja
< <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984> >

Luoto, R. Kinnunen, T. Aittasalo, M. Kolu, P. Raitanen, J. Ojala, K. Mansikkamäki, K. Lamberg, S. & Vasankari, T. 2011. Primary prevention of Gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. Suomi.
< <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001036> >

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
< <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66790/978-951-44-8541-1.pdf?sequence=1> >

Rintala, T-M. Kotisaari, S. Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Tammi: Keuruu.

Sosiaali- ja terveysministeriä. 2011. Terveysten edistäminen.
<<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>> Luettu 28.5.2013.

Stasenko, M. Liddell, J-W. Cheng, Y-N. Sparks, T. Killion, M-B. Caughey, A. 2011. Patient counseling increases postpartum follow-up in women with gestational diabetes mellitus. Yhdysvallat.
< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937811001505> >

Teramo, K. Kaaja, R. 2011. Raskausdiabetes.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01608#s3 > Luettu 27.2.2013.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen.

<[http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen)

[fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen)> Luettu 28.5.2013.

Tuomi. J, Sarajärvi. A 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi: Vantaa.

Vääräsmäki, M. 2010. Kansallinen raskausdiabetestutkimus on alkanut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

< http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=22126 > Luettu 24.3.2013

WHO. WHO 2012. Health promotion.

< http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf> Luettu 28.5.2013

Liitteet

Liite 1 Aineistotaulukko

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Gaudreau & Michaud Kanada 2012	Tutkimuksessa selvitettiin kulttuurillisia tekijöitä, jotka auttavat ylläpitämään Pohjois-Amerikan Algonquin - alkuperäiskansan raskausdiabetesnaisten terveyskäyttäytymistä	Aineistoa kerättiin kahdessa Algonquin yhteisössä käyttäen puolistrukturoitua haastattelumenetelmää sekä havainnon avulla. (N=15)	Tutkimuksessa hoidonohjausta edistää ensisijaisesti perhe, sosiaaliset siteet, terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuki ja kannustus, samasta kulttuurista oleva sairaanhoitaja, sairaanhoitajan sekä ravitsemusterapeutin yhteiset ohjaukset, tuen soveltaminen kulttuuriin ja elämäntapoihin, eri oppimistekniikkojen sekä oppimistapojen hyödyntäminen ja itsehoidon tukeminen.
<u>Stasenکو</u> , <u>Liddell</u> , <u>Cheng</u> , <u>Sparks</u> , <u>Killion</u> , <u>Caughey</u> <u>Yhdysvallat</u> <u>2011</u>	Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida synnytyksen jälkeisen seurannan tehokkuutta raskausdiabetesnaisilla	Kohorttitutkimus 2002-2006 synnyttäneistä äideistä	Tutkimuksen mukaan hoidonohjausta edistävät suullinen ja kirjallinen neuvonta

<p><u>Korpi-Hyövähti</u></p> <p><u>Suomi 2012</u></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa selvää voiko raskausdiabeteksen riskist ryhmään kuuluvien naisten terveystietäytymiseen vaikuttaa ja terveellisten elämäntapojen avulla ehkäistä raskausdiabeteksen puhkeamista.</p>	<p>Tutkimus on kooste neljästä tutkimuksesta, jossa 3 oli tehty satunnaisesta otantaryhmästä, jotka vielä jaettiin interventioryhmään (n=27) ja kontrolliryhmään (n=27). Neljäs tutkimus tehtiin havainnoivalla tutkimuksella (n=266)</p>	<p>Tutkimuksen mukaan hoidonohjausta edistävät aikaisin aloitettu terveysneuvonta, ohjaukset, joihin osallistuvat hoitajan lisäksi fysio- ja ravitsemusterapeutti, tehokas terveysneuvonta.</p>
<p><u>Mattila</u></p> <p><u>Suomi. 2011.</u></p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli käsitteellistää ja muodostaa teoriapohjainen malli potilaan sekä omaisten henkisestä ja tiedollisesta tuesta hoitajakson yhteydessä.</p>	<p>Aikaisemmin tehdyt tutkimukset (n=31), hoitajien ryhmähaastattelu (n=11) kirjoitelmat (n=25). Potilaiden ryhmähaastattelut (=9) ja kyselylomakkeet (n=731). Omaisten ryhmähaastattelu (=2), yksilölliset haastattelut (=5) ja kyselylomakkeet (=353)</p>	<p>Hoidonohjausta edistää yksilölläinen tuen tarpeen määrittäminen, omahoitajakäytäntö, tutkitun tiedon käyttäminen, moniammattillinen yhteistyö, potilaan ja omaisten välisten vuorovaikutuksen tukeminen, hyvät ohjaustaidot, hoitajien ammattitaito ja kokemus, omaisten tuki,</p> <p>Hoidonohjasta estää epäluottamus hoitosuhteeseen hoitajaan ja jatkuvasti vaihtuvat hoitajat hoitosuhteen aikana.</p>

<p><u>Kääriäinen</u></p> <p><u>Suomi 2007.</u></p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli perehtyä ohjauksen laatuarviointiin</p>	<p>Oulun yliopistollisen sairaalan potilaiden (=844) ja hoitajien (=916) kyselylomakkeet sekä aineistoa koottiin tietokantojen avulla (n=32) ja manuaalisen haun avulla (n=6)</p>	<p>Hoidonohjausta edistää eri ohjausmenetelmien hyödyntäminen ohjauksessa, yksilölähtöinen, kattava ja laadukas ohjaus, hoitojakson jälkeinen seuranta, hyvät vuorovaikutustaidot Moniammattillinen yhteistoiminta ammattihenkilöiden välillä, potilaan elämäntilanteen huomioonottaminen, sanallinen ja kirjallinen ohjaus, riittävän ajan varaaminen ohjauksessa ja ohjauksen tarkka suunnittelu.</p> <p>Hoidonohjauksen estäviksi tekijöiksi nousi esille hoitohenkilöstön ohjausvalmiuden puute sekä resurssiongelmat, jotka liittyvät aikaan, tilaan ja henkilöstöön. Lisäksi potilaan tilanteen puutteellinen huomioonottaminen, puutteellinen tiedonsaanti ja henkisen tuen puute.</p>

